

34
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 novembre 1900, à 1 heure

PAR

G. PETIT

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

DES ACCIDENTS

LIÉS AUX

DÉPLACEMENTS DU COCCYX

CONSÉCUTIFS AUX

Fractures et aux luxations anciennes de cet os

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. { POIRIER, Agrégé.
LEJARS, Agrégé
LEGUEU, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

54

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 novembre 1900, à 1 heure

PAR

G. PETIT

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

DES ACCIDENTS

LIÉS AUX

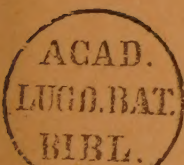
DÉPLACEMENTS DU COCCYX

CONSÉCUTIFS AUX

Fractures et aux luxations anciennes de cet os

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. { POIRIER, Agrégé.
LEJARS, Agrégé.
LEGUEU, Agrégé.*



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... Professeurs.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....
Clinique médicale.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies syphilitiques.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies nerveuses.....
Clinique chirurgicale.....
Clinique ophtalmologique.....
Clinique des voies urinaires.....
Clinique d'accouchement.....

M. BROUARDEL
MM.

FARABEUF.
CH RICHET
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
DEBOVE.
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
LANDOUZY.
PROUST.
BROUARDEL.
BRISSAUD.
CHANTEMESSE.

N.....
JACCOUD.
HAYEM.
DIEULAFOY.
GRANCHER.
FOURNIER.

JOFFROY.
RAYMOND
TERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU.
TILLAUX.
PANAS.
GUYON.
BUDIN.
PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRL.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de la Charité
Membre de l'Académie de médecine.
Commandeur de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Au début de ce modeste travail sur les accidents liés aux déplacements du coccyx, consécutifs aux fractures et aux luxations anciennes de cet os, il nous semble nécessaire de faire quelques remarques relatives à certaines observations étrangères que nous rapportons. Ces observations, presque toutes relatives à d'anciennes fractures, ne mettent pas bien en relief la notion de déplacement sur laquelle nous insistons tout particulièrement. Néanmoins, nous n'avons pas hésité à les joindre à celles qui nous sont personnelles, parce qu'il est peu admissible qu'une fracture, surtout une fracture du coccyx, restant pendant un temps en général assez long sans se consolider, ne s'accompagne pas d'un déplacement plus ou moins accentué du fragment libéré. Les conditions étiologiques et pathogéniques que nous exposons plus loin suffiront à faire comprendre combien doit être fréquent le déplacement dans les fractures et les luxations du coccyx.

Avant de quitter la Faculté de médecine, nous sommes heureux de pouvoir remercier publiquement nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux qui, pendant les

années passées près d'eux, n'ont cessé de nous prodiguer les trésors de leur science et de leur expérience. Mais nous avons contracté certaines dettes de reconnaissance toutes particulières à l'égard de M. le docteur Pozzi, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Broca, qui nous a initié à la gynécologie. M. le docteur Bonnaire, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, a droit à toute notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a enseigné l'art si complexe de l'accoucheur. Nous remercions M. le docteur Moutard-Martin, médecin à l'hôpital de la Charité, de nous avoir admis comme externe dans son service où nous avons pu compléter nos connaissances de clinique médicale. Nous ne voudrions pas oublier nos maîtres de la Faculté de Nancy, qui ont dirigé nos premières années d'études et qui ont droit à toute notre reconnaissance.

M. le docteur Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin, a bien voulu nous confier les observations qui furent le point de départ de cette thèse ; qu'il agrée nos remerciements les plus sincères pour cette marque de confiance qu'il nous a témoignée.

Nous remercions vivement M. le professeur Tillaux, pour le grand honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

L'histoire des déplacements du coccyx, consécutifs aux fractures et aux luxations anciennés de cet os et de leurs accidents, a dû être contemporaine de celle de ces luxations et de ces fractures elles-mêmes. Or, les auteurs qui ont réellement introduit dans la littérature médicale les premières observations de fractures et de luxations du coccyx, sont Malgaigne et Cloquet. Sans doute on pourrait retrouver dans Ambroise Paré un chapitre relatif aux fractures du coccyx, mais Malgaigne, dans son « Mémoire sur les fractures du sacrum et du coccyx », nous fait savoir qu'Ambroise Paré, lisant la traduction des œuvres de Paul d'Egine, où le mot « os sacrum » était rendu par le mot « cropion », substitua à ce mot « cropion » le terme plus scientifique mais inexact de coccyx. Aussi, est-ce à juste titre que Malgaigne nous dit dans le mémoire que nous avons déjà cité : « Après Paré, l'histoire en est courte et tous ceux qui en ont écrit, à part M. Cloquet, n'ont que leur imagination pour guide ».

En 1879, Broca consacre dans la *Tribune médicale* un article sur un cas de « traumatisme grave du coccyx

ayant nécessité la résection » que nous rapportons à la fin de cette opuscule.

En 1885, le professeur Tillaux pratique une résection du coccyx, mais pour coccygodonie, et publie dans le *Praticien* un article où il expose son procédé opératoire.

Les auteurs anglais et américains, Hamilton entre autres, dans son *Traité des fractures et des luxations*, nous fournissent un certain nombre de cas d'accidents liés des déplacements du coccyx, publiés dans ces quinze dernières années.

Nous venons enfin grossir ce lot peu nombreux avec deux observations non publiées encore et recueillies dans le service de M. le docteur Schwartz, à l'hôpital Cochin.

ÉTIOLOGIE

Les déplacements du coccyx, consecutifs aux fractures et aux luxations anciennes, et les accidents auxquels ils exposent sont des faits assez rares, et cela pour l'excellente raison que ces fractures et ces luxations sont elles-mêmes peu communes. Malgaigne, à propos de la fréquence de cette fracture, nous dit: « Je ne pourrai citer aucun chirurgien qui l'ait vue, à l'exception de M. Cloquet ».

Il est facile de comprendre le peu de fréquence de ces déplacements si l'on envisage la situation et la mobilité de l'os.

La situation du coccyx qui est protégé par les muscles du périnée, le met à l'abri de la plupart des traumatismes. Pour le fracturer ou le luxer, il faut un traumatisme assez violent agissant directement sur l'os. Le plus souvent il s'agit d'une chute sur la région sacro-coccygienne faite au moment où l'on croyait s'asseoir sur un siège qui s'est dérobé; c'est une chute à cheval sur une tige rigide, c'est un coup de pied violent lancé dans la région sacro-coccygienne.

Plus rarement, l'accouchement a pu causer la fracture ou la luxation du coccyx par suite d'une rétropulsion exa-

gérée de l'os ou par suite de manœuvres violentes avec le forceps.

La mobilité du coccyx, grâce à la lenteur de son ossification, permet de comprendre comment il se dérobe avec facilité aux traumatismes. L'ossification se fait de bas en haut et par groupe.

Les troisième et quatrième vertèbres coccygiennes s'ossifient bien avant les première et deuxième; puis le groupe formé par la troisième et la quatrième se soude, ainsi que celui formé par la première et la deuxième, et ce n'est guère qu'à l'âge de vingt à vingt-cinq ans que la deuxième et la troisième vertèbre se réunissant, l'ossification de l'os est complète. De plus l'articulation sacro-coccygienne reste pendant très longtemps mobile: par conséquent il faudra, pour qu'il y ait fracture, que la flexion du coccyx, au niveau de l'articulation, ne soit pas suffisante pour lui permettre d'échapper à l'action du traumatisme, ou bien que cette articulation fût ankylosée comme le fait est fréquent chez le vieillard, ou bien que, le traumatisme s'exerçant de bas en haut, le coccyx s'appuyant sur le sacrum se fracture en son point le moins résistant: c'est au niveau de la deuxième ou de la troisième vertèbre coccygienne. Aussi est-il naturel de voir que toutes nos observations sont relatives à des adultes. Certains auteurs, Hamilton et Cloquet, n'admettent la possibilité d'une fracture du coccyx que chez le vieillard. « Chez le vieillard, quand les différentes pièces qui le forment sont soudées entre elles et le sacrum, le coccyx peut se fracturer après une chute faite sur les fesses, par l'action d'un coup de pied dans la même partie, comme

j'en ai vu un exemple ». Cloquet cité par Malgaigne. (*Traité des fractures et luxations*, ch. xv, § II.)

L'opinion de Malgaigne est plus large: « Cette fracture
« peut avoir lieu sur des sujets jeunes, puisque mon
« sujet n'avait que trente-sept ans; toutefois il est à
« noter qu'il remplissait la condition posée par M. J.
« Cloquet, c'est-à-dire que les trois pièces du coccyx
« étaient soudées entre elles et le sacrum. Cette condi-
« tion est-elle indispensable pour la fracture? Je ne vou-
« drai pas l'affirmer. Ce que je tiens surtout à établir,
« c'est que cette fracture peut exister, même sur d'assez
« jeunes sujets, que le chirurgien doit donc en être
« prévenu pour préciser de plus en plus son diagnostic ».

La question de savoir si ces déplacements sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme, ne présente pas grand intérêt. Le nombre trop limité de cas que nous avons pu constater ne nous permet pas de la trancher.

Un point qu'il serait plus important d'élucider serait de savoir si les fractures et les luxations du coccyx sont souvent compliquées de déplacement de cet os au bout d'un laps de temps qui excède le temps normal de la consolidation.

En ce qui concerne les luxations, il est assez fréquent de les réduire et de les maintenir réduites jusqu'à la consolidation. Cependant Malgaigne (*loco citato*) émet un doute sur la persistance de la réduction. « C'est à peine si je puis comprendre qu'une luxation du coccyx, même complètement réduite, n'ait pas une tendance invincible à se reproduire ».

La fracture doit être assez fréquemment suivie de

déplacement de l'os, parce que la coaptation et la consolidation des fragments en bonne position sont soumises à un certain nombre de facteurs qui sont des causes de non consolidation et dont nous allons faire l'exposé dans le chapitre suivant.

PATHOGÉNIE

Pour mieux comprendre le mécanisme qui préside à la formation du déplacement, étudions ce qui se passe chez un malade atteint de fracture du coccyx, puisque la fracture est une des causes les plus fréquentes du déplacement.

A la suite d'une fracture du coccyx, le patient, sous l'influence de la très vive douleur qu'il ressent, cherche instinctivement à immobiliser la région siège de la douleur, et pour cela il contracte violemment les muscles du périnée. Ceux de ces muscles qui s'insèrent au coccyx, tels que le chio-coccygien, le releveur de l'anus, entraînent, par suite de leur contracture, la pointe du coccyx en avant et en haut. Si les fragments ne sont pas trop éloignés l'un de l'autre ou s'ils sont reliés encore l'un à l'autre par quelque tractus fibreux, la consolidation pourra s'obtenir, mais au dépens d'un cal vicieux reliant l'un à l'autre deux fragments non coaptés en bonne position ; dans ce cas, le déplacement suivra forcément la fracture. Si les fragments sont très espacés, ou s'il y a interposition de fibres musculaires entre les fragments, il y aura alors absence de consolidation, ou formation d'un

cal fibreux, et, dans ce cas encore, le déplacement en avant de la pointe du coccyx sera définitivement établi.

Mais, me dira-t-on, cette contracture réflexe provoquée par la douleur pourra diminuer et même être abolie par l'anesthésie et rien n'empêchera le chirurgien de réduire la fracture et d'appliquer un appareil convenable. Sans doute on pourra arriver à coapter les fragments, mais comment pratiquer la contention ? On est forcé pour cela d'introduire dans le rectum des objets tels que des cylindres en bois, un sac qu'on bourre ensuite avec de la charpie, ou, comme dans un cas de Bermond, une canule creuse en argent, qui agiront par refoulement sur les fragments. Mais tous ces appareils, outre qu'ils remplissent plus ou moins parfaitement le but auquel on les destine, ont tous le grand inconvénient d'obstruer le rectum et de mettre obstacle à la défécation. Pour faire aller le malade à la selle, il faut donc enlever l'appareil pendant quelques instants. Puis au moment de la défécation surviennent les contractions musculaires du sphincter externe et voilà nos fragments mobilisés à nouveau.

On voit donc, par ce rapide exposé de la difficulté que l'on rencontre dans l'immobilisation des fractures du coccyx, que ces fractures doivent être fréquemment suivies de déplacement de cet os.

Maintenant que nous avons établi le mécanisme grâce auquel se produisent ces déplacements, nous allons rechercher quel est leur siège et quels caractères ils présentent au point de vue anatomo-pathologique ; ensuite nous étudierons les accidents et les symptômes auxquels ils donnent lieu.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions osseuses que l'on rencontre dans les déplacements du coccyx sont excessivement variables : elles diffèrent d'abord suivant la cause (fracture ou luxation) qui leur a donné naissance ; elles diffèrent encore, dans le cas de fracture, suivant que les fragments se sont réunis par l'intermédiaire d'un cal vicieux ou qu'ils ne sont pas réunis du tout.

Dans le cas de luxation, le déplacement est moins fréquent puisque les luxations sont assez facilement réductibles ; il reste toujours soumis à la variété de luxation à laquelle il a succédé. Les lésions sont surtout des déchirures des ligaments et du fibro-cartilage unissant le sacrum et le coccyx.

Dans le plus grand nombre de nos observations, le déplacement est consécutif à une fracture et alors, avons nous dit, le déplacement se réalise au moyen d'un cal vicieux ou d'une non consolidation des fragments.

Le cal vicieux siège généralement en un point assez rapproché de l'articulation sacro-coccygienne : quelquefois il peut siéger au niveau de l'articulation elle-même,

si le trait de fracture a passé par cette articulation alors qu'elle était ossifiée. La présence des ligaments articulaires à ce niveau aurait contribué à empêcher l'écartement des fragments. Le déplacement se traduit par la formation d'un angle presque droit dont le sommet se trouverait au niveau du cal et dont les côtés seraient constitués par le sacrum d'une part et par le coccyx de l'autre. Cette déviation à angle droit a pour effet de redresser la courbature normale du rectum, comme Broca l'a constaté dans une observation publiée plus loin, (obs. VI).

Les cas de non consolidation des fragments nous font voir que le fragment attiré en avant et un peu haut par la contraction musculaire est constitué par des parties plus ou moins importantes du coccyx.

Les cas où le trait de fracture n'intéresse que la pointe sont assez rares.

Dans les autres cas que nous rapportons, nous voyons :

Dans notre observation N° 5, nous voyons que le trait de fracture traversait obliquement la deuxième vertèbre coccygienne et gagnait l'articulation de la première et de la deuxième coccygiennes.

Dans l'observation N° 9, la fracture est double; elle siège à la jonction du sacrum et du coccyx et en plus à la pointe de celui-ci.

Quant au déplacement, il est constitué de la façon suivante. Le fragment supérieur relié au sacrum par l'articulation sacro-coccygienne conserve sa situation. Le fragment inférieur qui seul est l'objet du déplacement, présente sa pointe en avant près du rectum, la

surface de section regardant en arrière. En somme ce fragment tend à devenir horizontal.

A ce déplacement antéro-postérieur pourrait se joindre un déplacement latéral de l'os ; mais nous en signalons la possibilité sans en avoir contrôlé l'existence.

SYMPTOMATOLOGIE

Les différents symptômes que l'on rencontre dans les déplacements du coccyx peuvent être rangés en trois groupes : troubles de la sensibilité, symptômes fonctionnels, signes physiques.

1° La douleur siège dans la région sacro-coccygienne ; elle est toujours vive, tantôt lancinante, tantôt continue et toujours exaspérée par la pression. Quelquefois elle succède immédiatement à celle toujours très vive qui accompagne le déplacement initial ; dans d'autres cas, elle n'apparaît qu'au bout d'un laps de temps assez long pendant lequel le malade ne ressentait qu'une simple gêne dans la région coccygienne ; puis après être restée supportable pendant quelque temps, elle acquiert une intensité égale à celle qu'elle présentait le jour de l'accident.

Elle ne reste pas toujours localisée à son point d'origine ; elle se propage au rectum, au périnée, à la verge, à l'anus ; elle remonte parfois le long de la région lombaire et de la région dorsale jusqu'à la nuque. Certaines de ces localisations sont étranges, comme celle que nous voyons au niveau de l'articulation sterno-claviculaire

droite chez un des malades de M. Schwartz ; d'autres au contraire sont rationnelles, comme celles que nous voyons sur le trajet du nerf honteux, du nerf sciatique sur la hanche et la cuisse.

2° Cette douleur déjà vive est encore exaspérée par tous les actes qui entraînent la participation directe ou indirecte des muscles du bassin et du périnée. C'est ainsi que la marche, la station debout, la station assise, l'ascension ou la descente d'un escalier, l'action de se lever ou de s'asseoir, la toux, sont autant de motifs d'exacerbation de la douleur. La menstruation fut, elle aussi, dans un cas l'occasion de douleurs. La défécation, par suite des mouvements imprimés aux fragments par la constriction du sphincter, du releveur de l'anus et de l'ischio-coccygien qui tous trois s'insèrent sur le coccyx, est très douloureuse ; elle peut être rendue en outre difficile par suite de la compression exercée par les fragments et du redressement imprimé au rectum.

3° L'inspection de la région coccygienne est généralement peu instructive ; tout au plus permet-elle de constater quelquefois, et surtout dans le cas de cal, un empatement de la région, ou bien, dans le cas de luxation ancienne, un aplatissement qui laisse supposer que le coccyx est porté en avant.

La palpation beaucoup, plus instructive, révèle au niveau du coccyx un point où la douleur est à son maximum. Dans le cas de cal siégeant au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, elle permet de constater l'épaississement dû à la présence du cal, et en suivant peu à peu le rebord osseux et en palpant en déprimant

un peu profondément les tissus, elle permet de rencontrer un plan osseux presque horizontal, se continuant avec le sacrum par l'intermédiaire d'un angle droit.

Quand le fragment inférieur du coccyx est mobile, on constate bien la dépression et le manque de résistance de l'os, car par suite de sa mobilité, cet os est refoulé par la main qui palpe. Mais il est un signe que l'on pourrait obtenir si la fracture n'était pas trop ancienne et si les fragments n'étaient pas trop éloignés, c'est la crépitation osseuse qui cependant n'a été signalée par aucun auteur dans les observations que nous avons recueillies.

Dans un cas de luxation, Turner avait pu par la palpation apprécier le relief fourni par le sacrum.

Le toucher rectal seul fournit les renseignements nécessaires à la précision du diagnostic. Ces renseignements diffèrent avec la variété du déplacement en présence duquel nous nous trouverons.

Dans le déplacement par cal vicieux, la situation est celle que nous avait permis de soupçonner la palpation. Le coccyx est recourbé en avant ; il forme un angle droit avec le sacrum ; sa pointe est située au-dessus de l'anus et comprime le rectum. La pression exercée sur la pointe de l'os pour tenter sa réduction ne parvient qu'à produire de la douleur. Ce déplacement du coccyx peut se traduire du côté du rectum par un redressement de la partie inférieure du rectum. « La direction en arrière du rectum, dit Broca, étant plus prononcée chez notre malade qu'à l'état normal, il en résulte deux ampoules rectales ; l'une supérieure au-dessus, de la pointe du coccyx ; l'autre inférieure, au-dessous de cet os. La

plus élevée de ces poches est devenue le réceptacle des matières fécales ».

Tout autres sont les signes que l'on trouve quand le fragment inférieur est mobile. Ce fragment dirigé en avant vers le rectum, forme également un angle presque droit avec le fragment supérieur ; mais si on pousse sur la pointe de l'os, au lieu d'une résistance, on constate la mobilité du fragment qui revient à la place qu'il occupait quand on tente de le réduire. C'est dans ces tentatives de réduction que l'on pourrait constater la crépitation osseuse, si les fragments pouvaient être suffisamment rapprochés et si aucune bride fibreuse ne s'y opposait. Seulement cette exploration étant très douloureuse, on s'abstient, une fois la mobilité anormale et le déplacement constatés, de rechercher les autres signes de la fracture et du déplacement.

D'ailleurs cette crépitation osseuse ne doit pas avoir été constatée bien fréquemment, puisque aucun des auteurs dont nous rapportons les observations, ne l'ont signalée.

Le déplacement du coccyx, consécutif à une luxation est remarquable par la facilité avec laquelle il se reproduit quand on l'a réduit. Il est naturellement fonction de la variété de luxation qui l'a produit. Dans l'observation de Turner, rapportée par Malgaigne, le déplacement avait lieu en avant vers le rectum qui était comprimé au point que la malade devait s'aider de ses doigts pour aller à la selle.

. Avant de terminer cet exposé des signes et symptômes

des déplacements du coccyx, il nous reste à dire quelques mots relatifs à l'interrogatoire du malade. On doit s'assurer qu'avant le traumatisme cause du déplacement, le malade ne souffrait pas de la région coccygienne et n'était pas porteur d'une affection qui suffirait à elle seule à expliquer le mécanisme du déplacement.

ÉVOLUTION, PRONOSTIC

Les accidents liés aux déplacements du coccyx ne peuvent, cela se conçoit, disparaître spontanément ; abandonnés à eux-mêmes, ils se manifestent par des douleurs très violentes, qui vont, semble-t-il, toujours en progressant. Il peut même arriver, comme nous en rapportons quelques exemples, que le foyer du déplacement soit le siège d'une suppuration. Et cette suppuration n'apparaît généralement qu'à une époque assez éloignée du traumatisme initial. Dans un cas de Lill, rapporté dans l'observation X, le pus ne s'est collecté que quatre ans après le début de l'affection et avait fini pour fuser vers les régions profondes dans quatre directions différentes. Ces complications sont cependant assez rares et ne doivent pas assombrir outre mesure le pronostic.

En somme on ne peut dire que le déplacement du coccyx soit une affection très grave. Mais, eu égard aux phénomènes douloureux qu'éprouvent les patients, on peut le considérer comme une affection sérieuse.

Un point que nous tenons à mettre en relief, est l'obstacle apporté par le cal vicieux du coccyx à l'accomplissement du quatrième temps de l'accouchement. Ce temps

qui est celui du dégagement de la tête, nécessite pour s'accomplir normalement la rétropulsion du coccyx. Il est facile de concevoir avec quelle difficulté ce temps pourra s'accomplir quand l'utérus aura à lutter contre ce coccyx qui vicieusement consolidé vient rétrécir le détroit inférieur. Généralement le fœtus finira par succomber : c'est d'ailleurs ce que nous relatons dans l'histoire de la malade qui fait l'objet de notre observation VI qui eut « un accouchement laborieux dû probablement à la déviation du coccyx et qui s'est terminé par l'expulsion d'un enfant mort ».

Heureusement le traitement chirurgical apporte une guérison si complète, il est par lui-même si bénin que l'on peut considérer comme guéri, tout déplacement du coccyx qui est diagnostiqué.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des déplacements du coccyx est en somme assez facile à poser.

Les amnestiques permettront toujours de retrouver l'accident initial. La douleur très vive éprouvée par le malade au moment de la fracture ou de la luxation lui en laissera toujours le souvenir. La douleur localisée à la région coccygienne, les troubles de la défécation seront des raisons suffisantes pour engager le médecin à faire une exploration rectale, et celle-ci enfin patiemment et prudemment conduite, même au moyen des anesthésiques si la douleur était trop vive, permettra de porter un diagnostic certain.

Cependant il est certaines affections dont l'ensemble symptomatique présente une certaine analogie avec celui des déplacements du coccyx.

La coccygodonie d'origine nerveuse avec son cortège de douleurs, avec le déplacement en avant du coccyx provoqué par la contracture des muscles du périnée, pourra à un examen rapide en imposer pour un déplacement pathologique du coccyx. Seul le toucher rectal, facilité par l'anesthésie soit locale soit générale,

permettra de résoudre la difficulté. Nous ajouterons qu'au point de vue pratique une erreur entre la coccygodonie d'origine nerveuse et cette autre coccygodonie que l'on pourrait appeler traumatique n'aurait pas une importance capitale pour le malade, toutes deux réclamant l'intervention chirurgicale.

Il ne nous semble guère possible de confondre la fissure à l'anus avec le déplacement à l'anus. Seuls les phénomènes douloureux peuvent présenter quelque analogie. Dans les deux cas, nous trouvons des douleurs très vives au moment de la défécation; mais alors que dans le déplacement, la douleur s'apaise après la défécation, nous la voyons au contraire dans la fissure, reparaitre quelques instants après la défécation avec une violence inouïe due à la contracture spasmodique du sphincter. Mais au point de vue physique la différence est énorme et la présence d'une ulcération siégeant dans les plis radiés de l'anus suffira pour trancher le diagnostic.

La présence de déplacement du coccyx et de fissure peut se rencontrer chez le même sujet comme dans notre observation IV de Lucy. Ce chirurgien, son double diagnostic établi, attribuant les phénomènes douloureux plutôt à la fissure à l'anus et à des hémorroïdes dont le malade était porteur, qu'au déplacement du coccyx, pratiqua d'abord la dilatation du sphincter et la cure des hémorroïdes; puis après une certaine période d'amélioration, il dut pratiquer l'ablation du coccyx qui était toujours le siège de douleurs.

On trouvera peut-être étrange de voir rapprocher deux affections aussi disparates que névralgie sciatique et

déplacement du coccyx. Si nous le faisons, c'est que les irradiations que nous avons signalées dans la zone du nerf sciatique au chapitre de la symptomatologie, peuvent primer les autres symptômes douloureux, comme cela est arrivé au malade qui fait l'objet de notre observation II, et en imposer au premier abord pour une névralgie rhumatismale avec douleurs du côté du périnée. Seule l'exploration rectale permettra de reconnaître l'erreur et ainsi on ne s'exposera pas à traiter médicalement une affection qui relève de la chirurgie.

TRAITEMENT

Le traitement médical est absolument impuissant pour guérir les déplacements du coccyx; il a prise seulement sur la douleur. Et si nous en relatons les différents modes, c'est uniquement pour indiquer comment on peut soulager les malades, en attendant qu'on les soumette à un traitement curatif.

On pourra avoir recours aux antiphlogistiques : tels que la glace, les bains de siège, les sangsues, les compresses humides, les syphonages au chlorure de méthyle. Les vésicatoires, les sinapismes, les ventouses, les pointes de feu seront, parmi les révulsifs, ceux auxquels on pourra s'adresser. Parmi les antispasmodiques et les analgésiques, qu'on pourra ajouter aux méthodes précédentes, l'aconit, la belladone et l'opium auront la préférence.

Nous signalons le traitement électrique à titre de simple mention.

Pour permettre au malade de prendre quelque repos, on pourra le faire asseoir sur un coussin rond en forme de couronne ou mieux sur un coussin à air comprimé.

Mais nous le répétons : tous ces moyens ne constituent qu'un traitement palliatif de la douleur. Le seul traite-

ment rationnel qui convienne aux déplacements du coccyx est un traitement chirurgical.

Simpson, en 1858, ayant eu à opérer des coccygodynies d'origine nerveuse « avait fait, dit Tillaux dans le *Praticien* de 1885, une opération en apparence moins grave que l'ablation du coccyx, qu'a imitée Nélaton : je veux parler de la section des parties molles sur les côtés du coccyx dans le but de couper les filets nerveux. Mais les malades ne guérèrent pas et il dut recourir à la résection ».

L'expérience de Simpson vient nous confirmer dans cette idée que le seul traitement susceptible d'être appliqué au cas qui nous intéresse est l'ablation du coccyx.

Le malade ayant été purgé la veille, la région périnéale et sacro-coccygienne étant aseptisées, on pratique l'anesthésie au moyen de l'éther ou du chloroforme ou même des injections lombaires intra-arachnoïdiennes de cocaïne, comme cela fut fait par MM. Legueu et Kerdirdjy pour un cas de résection de coccyx rapporté dans la *Presse médicale* du 27 octobre 1900.

On place le malade dans le décubitus abdominal, dit Ollier, « dans le décubitus latéral droit, dit Tillaux, afin que mon indicateur gauche puisse pénétrer dans le rectum pour me servir de point d'appui. » Le décubitus latéral droit nous semble préférable parce qu'il rend les régions coccygienne et périnéale plus accessibles par suite de la possibilité où l'on se trouve d'allonger la cuisse gauche et de fléchir la droite sur le bassin.

L'incision longue de sept à huit centimètres commencera en haut à un centimètre au-dessus de l'articulation

sacro-coccygienne et se terminera en bas à un centimètre au-dessous de la pointe du coccyx. Elle intéressera toutes les couches qui recouvrent l'os et même le revêtement fibreux postérieur qui sera divisé. « Avec la rugine, dit Tillaux, ou avec le bistouri, je détacherai les parties molles et avec un maillet et un ciseau je désarticulerai le coccyx que j'attirerai en arrière avec un davier pour détacher le sphincter externe et les ligaments latéraux ». Pour ne pas être gêné dans la désarticulation, on pourra faire croiser la première incision par une seconde transversale passant au niveau de l'articulation sacro-coccygienne.

L'hémorrhagie est en général peu abondante; on terminera par la suture des plans profonds au catgut et des plans superficiels au crin de Florence. On pourra laisser un drain ou une mèche de gaze iodoformée pour assurer l'écoulement des liquides. La plaie se cicatrisera en général par première intention et dans un temps assez court.

Le mode opératoire que nous venons d'exposer, présentera quelques variétés de détail suivant la variété de déplacement à laquelle on aura affaire. Le cal vicieux du coccyx nécessitera la désarticulation et l'ablation totale; le déplacement, suite de luxation, nécessitera lui aussi l'ablation totale de l'os. Mais quelle conduite devra-t-on tenir en présence d'un déplacement consécutif à une fracture et avec fragment mobile? Devra-t-on se contenter d'enlever le fragment mobile, ou bien devra-t-on enlever en même temps le reste du coccyx? L'ablation du fragment mobile est indiscutable. Quant au frag-

ment supérieur relié au sacrum par l'articulation sacro-coccygienne, il ne nous semble pas nécessaire de l'enlever, si l'articulation sacro-coccygienne est saine et si ce fragment lui-même est sain ; on aura néanmoins tout loisir de le réséquer au cas où sa surface de fracture serait par trop irrégulière. Ce mode de faire, nous le voyons employé par Hirst (Obs. V). « J'ai enlevé, dit-il, la partie malade de l'os et j'ai laissé en place la première vertèbre coccygienne reliée au sacrum par une articulation saine, après m'être assuré que la surface de section était saine de tous côtés. Sur cette vertèbre s'insèrent des muscles qu'il est préférable de conserver. » Ce souci de la conservation des attaches tendineuses et musculaires est exprimé également par Ollier quand il dit : « Cette précaution que nous avons eue de séparer avec la rugine toutes les insertions fibreuses et musculaires du coccyx a prévenu toute perturbation dans les fonctions du releveur de l'anus et du sphincter. Une fois la cicatrisation obtenue, les muscles se trouvaient solidement fixés. »

Les complications opératoires sont généralement nulles, tout au plus constate-t-on dans certains cas une certaine lenteur de la cicatrisation. Le seul cas qui ait été suivi de complications un peu sérieuses est celui de Mursick (Obs. XI). « L'opération en tant que manuel opératoire est simple et facile ; mais les troubles généraux qu'elle entraîne sont hors de toute proportion avec son peu d'étendue. La douleur qui la suit est très violente et dure plusieurs jours ; la cicatrisation est lente. » Il est probable que c'est la crainte de pareilles complications

qui engage Hamilton à écrire. « Je ne puis comprendre les avantages ni la nécessité de la résection du coccyx dans un cas de fracture ou de diastasis de cet os, » et après avoir mis en doute la réalité de la fracture dans le cas de Mursick, il ajoute : « mais cette fracture eût-elle existé, quel mal pouvait-il y avoir à ce que ces deux os eussent été rendus par elle mobiles l'un sur l'autre, puisque cette mobilité ne pouvait mettre obstacle à la défécation ? Le coccyx n'est pas sans avoir quelque fonction et il ne peut être supprimé sans inconvénients d'autant qu'il fournit des points d'insertion à des muscles et à des ligaments dont la plupart prennent une part importante à la défécation et à l'occlusion de l'anus. »

C'est cette même idée de la non intervention chirurgicale dans les déplacements du coccyx que nous voyons triompher dans une discussion provoquée par Gehrung à la Société d'obstétrique publiée dans le *Courrier médical de Saint-Louis*, de 1888, et étayée sur des arguments analogues à ceux d'Hamilton.

Nous comprenons difficilement les motifs qui dictent aux chirurgiens américains cette ligne de conduite surtout quand nous voyons les guérisons radicales constatées à la suite de l'intervention dans toutes nos observations. Aussi n'hésitons nous pas à conclure avec Ollier : « Le peu de gravité de l'ablation du coccyx, le rétablissement complet des fonctions après l'opération autorisent à pratiquer la résection ou l'ablation de cet os, dès qu'il est une cause de gêne par lui-même ou qu'il masque des parties qu'il est utile de pouvoir complètement explorer. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Recueillie dans le service du Dr SCHWARTZ
à l'hôpital Cochin.

N..., 32 ans, garçon magasin. Entre le 20 novembre 1899.

En février 1898, le malade tombe à la renverse sur le sol. Les douleurs qu'il a ressenties sur le moment n'ont pas été assez fortes pour lui faire suspendre son travail. Ensuite il éprouvait une certaine gêne dans la région coccygienne.

Vers septembre 1899, les douleurs ont pris une certaine acuité au niveau du coccyx; elles s'irradient vers le périnée et la verge; cessant quand le malade est au repos et couché, elles s'exaspèrent par la station debout, la marche et la défécation.

Quand on examine la région coccygienne, on constate une augmentation de volume du coccyx: cet os semble recourbé en avant; la pression ne provoque pas de douleur.

Le toucher rectal permet de contrôler les résultats de l'examen extérieur de la région. On trouve que le coccyx est beaucoup plus recourbé en avant qu'à l'état normal; il est immobile, et même une tentative de réduction provoque une vive douleur.

On pratique le 23 novembre 1899 la résection du coccyx. On place une mèche de gaze iodoformée dans la plaie et on suture. Il n'y eut aucune complication post-opératoire. La cicatrisation

fut assez lente. A sa sortie le malade ne ressentait plus aucune douleur.

OBSERVATION II

Recueillie dans le service de M. le Dr SCHWARTZ à l'hôpital Cochin, salle Gosselin.

M. D..., artiste dramatique 35 ans :

En juillet 1899, cet homme voulant s'asseoir sur un fauteuil dont le siège mobile s'était subitement redressé, fit une chute sur le périnée et la région sacro-coccygienne. Après avoir ressenti immédiatement après la chute une douleur très vive, le malade put continuer l'exercice de sa profession quoique souffrant beaucoup. Le malade a remarqué que trois semaines après l'accident, la région sacro-coccygienne surtout du côté gauche était le siège d'un certain gonflement. C'est alors que le malade ressent au niveau des reins des douleurs qui l'obligent à s'aliter. En janvier 1900, les douleurs se localisent sur le trajet du nerf honteux et du nerf sciatique. Cette localisation sur le sciatique en imposa pour une névralgie sciatique rhumatismale et fut soignée comme telle. Ces douleurs persistent jusque vers juin 1900.

En juillet 1900, au moment de son entrée à l'hôpital, le malade se plaint de douleurs lancinantes très violentes et continues au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, de douleurs très vives siégeant dans la jambe gauche avec irradiations dans les reins, le dos et la nuque.

La palpation de la région sacro-coccygienne permet de découvrir un point maximum de la douleur au niveau du coccyx.

Le toucher rectal peu douloureux permet de constater que le coccyx forme avec le sacrum un angle presque droit, l'extrémité du coccyx est immobile et les mouvements qu'on essaie de

lui communiquer n'aboutissent qu'à produire une vive douleur.

Le malade est endormi à l'éther le 10 juillet et on pratique la résection du coccyx. On place un petit drain dans les plaies et l'on suture. Les crins de Florence sont retirés le 18 et le 21, le malade quitte l'hôpital ne ressentant plus aucune douleur.

OBSERVATION III, de WILLIAM ODELL.
Recueillie dans *The Lancett*, 1887 in p. 1088.

Une femme âgée de 20 ans. est entrée à l'hôpital au mois de mars et nous a fait le récit suivant :

En juillet dernier, elle était tombée et s'était fracturé le coccyx. Elle fit une nouvelle chute sur la glace en décembre.

Le coccyx fut encore contusionné. Depuis le mois de juillet, elle a toujours souffert au moment des règles ; mais depuis cinq semaines, la douleur est devenue très violente et continue quand elle est assise. Elle ressent un peu de douleur en toussant.

La douleur est tellement violente depuis quelque temps que la malade nous demande de l'opérer.

Le toucher rectal nous permet de constater que le coccyx est incliné à angle droit sur le sacrum, qu'il comprime en avant le rectum. Il se redresse quand on presse sur les pointes du coccyx, mais il ne peut rester dans cette position.

Après avoir débarrassé le rectum avec une purge d'huile de ricin et des lavements, la malade fut couchée sur le côté gauche et endormie à l'éther.

L'incision fut pratiquée de l'extrémité du sacrum à celle du coccyx. Les parties molles furent divisées couche par couche jusqu'à l'os. Après avoir refoulé les ligaments et les muscles, le coccyx fut séparé du sacrum avec lequel il était uni par une ankylose à angle droit.

L'hémorrhagie fut peu abondante et arrêtée par des tampons

trempés dans de l'eau chaude. Drainage et suture au fil d'argent pansement boriqué sec.

La fracture siégeait à un centimètre de l'extrémité du coccyx, le fragment inférieur était complètement mobile.

Les jours suivants, laudanum pour empêcher les selles. Puis on administre de l'huile de ricin et un lavement, on retire le drain le 13 et les sutures le 14. La réunion a eu lieu par première intention. La malade s'est rétablie très rapidement et était complètement guérie en avril.

Rem. Depuis l'époque de l'opération jusqu'au 2 mai, la malade n'a ressenti aucune douleur, même en s'asseyant. Tous les symptômes douloureux ont disparu, la défécation est normale.

OBSERVATION IV, de LUCY

Recueillie dans *The Lancett* London, 1892, p. 1046.

J. M. âgée de 60 ans, non mariée, cuisinière admise en février 1892, se plaignait d'une vive douleur siégeant dans le bas de la colonne vertébrale qu'elle ressentait depuis un an quand elle s'asseyait. Quelques années auparavant, elle avait glissé d'une table et était tombée assise sur le parquet. Elle ne souffrait ni pendant la marche ni pendant la défécation. On constatait sur le côté droit du coccyx une légère enflure un peu déprimée à sa surface. Le coccyx présentait de la mobilité en avant de l'articulation sacro-coccygienne; ces mouvements, communiqués à l'os étaient cause de douleurs très vives. Elle avait en outre une légère fissure à l'anus et des hémorrhoides internes et externes. Pensant que les symptômes douloureux étaient dus aux hémorrhoides et à la fissure, on l'endort le 12 février et on pratique la dilatation du sphincter et la réduction des hémorrhoides par compression. L'opération amena une amélioration notable. Cependant la vive douleur que la malade ressentait en s'asseyant, persistait toujours. En février on l'endort de nouveau. On pratique une incision longitu-

dinale dirigée suivant l'axe du coccyx. Le périoste fut divisé et décollé. Le coccyx fut extirpé ; il en fut de même pour un petit kyste sébacé. Quelques artérioles situées en avant du coccyx ont donné lieu à une hémorrhagie peu abondante. La plaie a guéri par bourgeonnement. La plaie était presque guérie en avril, époque à laquelle la malade put marcher et quitter l'hôpital. Elle pouvait alors s'asseoir sans ressentir de douleurs. On a revu 3 mois après l'opération cette malade, dont la plaie était complètement guérie. Elle a repris son travail ; elle s'assied sans difficulté et a engraisé.

OBSERVATION V de HIRST

Recueillie dans *The American Journal of obstetrics* New-Yorw. 1897. XXXV., p. 794.

Il s'agit d'une femme du Massachusetts qui, il y a neuf ans, fut accouchée au forceps ; par ce procédé la tête de l'enfant a été très comprimée, le périnée se déchira du côté du rectum et la déchirure intéressa le sphincter anal et le coccyx fut fracturé. Cette fracture du coccyx était la cause de vives douleurs à chaque mouvement.

Deux périnéorrhaphies pratiquées à Newford n'ont pas réussi à calmer les douleurs quoiqu'elles aient fort bien réussi en tant que périnéorrhaphies. Le sphincter est suffisant, il ne laisse échapper ni gaz ni matières.

Je lui ai proposé en même temps de lui enlever le coccyx, mais elle a décliné la proposition.

Elle est revenue deux mois plus tard, et j'ai fait l'ablation du coccyx.

La fracture est oblique et passe à travers la 2^e vertèbre coccygienne et gagne l'articulation de la 1^e et de la 2^e vertèbre coccygienne. Le fragment inférieur est très mobile, bien que l'articulation de la 2^e et de la 3^e vertèbre coccygienne fût très ankylosée. L'articulation sacro-coccygienne reste parfaitement mobile.

En pratiquant l'ablation de cet os, je fis ce que je n'avais jamais fait auparavant.

J'ai seulement enlevé la partie malade de l'os et j'ai laissé en place la 1^e vertèbre coccygienne reliée au sacrum par une articulation saine, après m'être assuré que la surface de section était saine de tous côtés.

Cette mesure nous semble sage. Sur cette vertèbre s'incèrent des muscles qu'il est, je crois, préférable de respecter. Il est regrettable de sacrifier les ligaments du bassin et les muscles qui s'insèrent de chaque côté du coccyx. Le mieux serait de préserver la plus grande partie d'os et de ligaments.

OBSERVATION VI de BROCA

Publiée dans la *Tribune médicale*. Paris 1879. XII, 112 114.

Au n^o 14 de notre salle est couchée une femme de 42 ans, d'une constitution peu vigoureuse, présentant cependant plutôt les caractères du lymphatisme que ceux de la scrofule. Cette femme qui est mariée avait déjà eu deux couches laborieuses et mis au monde deux enfants morts, quand il y a cinq ans elle fit une chute dans un escalier et tomba assise sur le rebord d'une marche. Cette chute ayant déterminé un traumatisme du coccyx, j'ai dû demander à la malade qui m'a répondu négativement, si dans sa jeunesse elle n'avait jamais ressenti de douleurs dans la région sacro-coccygienne afin d'expliquer par une affection antérieure du coccyx la facilité avec laquelle il s'était fracturé. Cet os en effet, grâce à sa situation profonde, se trouve très rarement lésé ; mais une maladie de l'os lui-même ou des articulations pourrait préparer le terrain à une fracture ou à une luxation.

Après sa chute elle n'éprouva que des douleurs supportables, quoique permanentes, à la région sacro-coccygienne ; mais au bout de quelque temps, les douleurs quittèrent le premier lieu d'élection, apparurent dans le rectum avec retentissement

à l'anus, et acquièrent beaucoup d'intensité pendant la défécation. La malade entra à la Charité dans le service de Bernutz, qui constata des accidents de rétention des matières fécales, de la constipation et des coliques. Après chaque garde-robe, la malade était soulagée; mais les douleurs se faisaient bientôt sentir aussi vives qu'auparavant. Plus tard les douleurs rectales étant devenues plus intenses, cette femme entra dans le service de M. Gosselin. Ce chirurgien s'assura d'abord avec le doigt, ensuite à l'aide du spéculum, que le rectum ne présentait pas de déchirures. M. Berger, alors interne du service ayant remarqué un jour que la malade souffrait plus que de coutume, introduisit le doigt dans le rectum et en retira un os. La malade affirme que cet os est bien un fragment du coccyx et non un débris de nourriture, comme il arrive fréquemment d'en rencontrer dans l'ampoule rectale. Il y a donc eu abcès, ouverture de cet abcès dans le rectum, et élimination de l'esquille qui, je pense, n'est autre que la pointe du coccyx.

Accouchement laborieux dû probablement à la déviation du coccyx et s'étant terminé par l'expulsion d'un enfant mort.

La probabilité seule de l'accouchement ne saurait m'engager à faire l'opération que je vais exécuter. Cette femme âgée de 42 ans se trouve à la fin de sa carrière génitale et n'aura probablement plus d'enfant. Ce qui me décide à opérer, c'est l'obstacle à l'émission des matières fécales, ce sont les crises douloureuses qui accompagnent cette émission; ce sont les coliques, douleurs permanentes à l'extrémité inférieure du coccyx qui sont pour cette femme un tourment perpétuel.

L'extrémité inférieure du coccyx se trouve à 5 cent. environ au-dessus de l'anus, et la direction en arrière du rectum étant plus prononcée chez notre malade qu'à l'état normal, il en résulte des ampoules rectales, l'une supérieure au-dessus de la pointe du coccyx, l'autre inférieure au-dessous de cet os. La plus élevée de ces poches est devenue le réceptacle des matières fécales.

Par le palper, on constate qu'au sacrum succède un plan

horizontal formé par le coccyx qui disparaît dans les chairs. Si dans l'exploration du rectum, appliquant le doigt sur l'extrémité libre du sacrum on exerce une pression sur lui, on ne peut le mouvoir sur le sacrum ; car il existe un cal de l'articulation sacro-coccygienne ; mais on constate une assez grande mobilité des pièces du coccyx : c'est grâce à cette mobilité que la gravité des accidents a été atténuée.

OBSERVATION VII, de LILL.

« *Médical News, N.-Y.*, » 1897, t. xx, p. 335.

J. A. âgée de 20 ans, mariée depuis 7 mois, fausse couche 3 mois après le mariage. Un an et demi après cette époque, elle a eu un accident ; elle s'est heurtée violemment le bas de la colonne vertébrale contre le rebord d'une fenêtre. Elle a ressenti immédiatement une vive douleur, et peu après un abcès s'est développé sur la région contusionnée. Cet abcès s'est ouvert spontanément, puis s'est refermé ; dans les mois suivants, il s'est reformé et s'est ouvert deux fois.

Au moment où nous examinons cette femme, l'abcès est vidé. La malade ne peut s'asseoir franchement, et quand elle veut se lever, elle souffre beaucoup. Le rectum est normal ; les selles ne sont pas douloureuses.

Le diagnostic de fracture du coccyx fut facile à faire ; un stylet introduit dans la cavité de l'abcès avait démontré la présence d'un os dénudé et raboteux.

La partie fracturée du coccyx fut enlevée, le tronçon restant fut soigneusement gratté, ainsi que les tissus indurés et nécrosés situés dans le voisinage de la cavité de l'abcès ; le tout fut pansé à la gaze iodoformée. Guérison complète.

OBSERVATION VIII, LILL.

B. T., âgée de 34 ans, mariée depuis 6 ans, a eu un accouchement normal.

12 ans auparavant, elle a reçu un coup dans le bas de l'épine dorsale; mais la douleur continuelle dont elle se plaignait quand je l'ai vue, ne s'était montrée que quelques années après; depuis ce temps, elle a augmenté d'intensité graduellement, surtout dans l'acte de monter des escaliers, de se pencher ou d'aller à la selle.

Le diagnostic de fracture du coccyx fut porté. Le fragment fut enlevé et la plaie fut suturée au catgut. Réunion par première intention et depuis aucun trouble.

OBSERVATION IX, LILL.

M. K..., âgée de 24 ans, célibataire. Elle souffre depuis 4 ans d'une douleur continuelle dans la région du coccyx avec irradiations à la hanche et à la cuisse du côté gauche. Quelque temps auparavant, elle avait été victime d'un accident: elle était penchée en avant quand une porte se refermant est venue la frapper dans la région sacro-coccygienne. L'opération a fait découvrir une disposition assez remarquable de la fracture qui est double; l'un des traits de fracture est la jonction de l'os et du sacrum, l'autre est à la pointe du coccyx. Guérison complète.

OBSERVATION X, LILL.

M. S..., 21 ans, célibataire, nous a raconté qu'elle avait fait une chute sur le bas de l'épine dorsale 6 ans auparavant. Une chaise sur laquelle elle voulait s'asseoir s'est dérobée subitement. Sur le moment elle a ressenti une douleur très vive qui a disparu assez rapidement. Quatre ans après, un abcès s'est développé sur le siège de la contusion. Il fut ouvert par un chirurgien qui fit une incision insuffisante de 3 cent. L'abcès a persisté. L'opération que nous avons entreprise dans l'intérêt de notre malade nous mit en présence d'une fracture du coccyx et d'une partie de tissus nécrosés assez considérable. Il y avait

une large cavité présentant des diverticules se dirigeant vers les parties profondes. On enleva une masse de tissu nécrosé grossière comme le poing fermé, située le long de la partie fracturée. La plaie fut pansée à la gaze iodoformée, et ne fut complètement cicatrisée que deux mois après.

OBSERVATION XI

De MURSICK dans HAMILTON *T. des fractures et luxations*.

Il s'agissait d'une fracture avec déplacement en avant, produite chez une femme de 29 ans par une chute sur les fesses ; 14 mois après l'accident, la malade demanda les soins au Dr Mursick.

Elle éprouvait de vives douleurs dans le bassin surtout du niveau du rectum, douleurs qui s'exagéraient par la marche, la défécation, l'action de se lever après être demeurée assise.

Le 2 juin 1873, la malade étant anesthésiée à l'éther, le Dr Mursick enleva les deux dernières pièces du coccyx par une incision postérieure de 5 cent. de long qui l'a absolument mis à nu. Après avoir saisi l'os avec une pince, il l'attira au dehors et le détacha soigneusement des tissus qui y adhéraient. L'opération fut suivie de douleurs pelviennes violentes et de rétention d'urine ; la plaie se cicatrisa lentement. L'opération, déclare Mursick, en tant que manuel opératoire est simple et facile ; mais les troubles généraux qu'elle entraîne sont en dehors de toute proportion avec son peu d'étendue. La douleur qui la suit est très violente et dure plusieurs jours ; la cicatrisation de la plaie est lente.

OBSERVATION XII, d'EARLEY.

Publiée dans *Médical Bulletin Philadelphia*, 1893, t. xv, p. 138.

N'ayant pas pu avoir communication de ce journal ni à la bibliothèque de la Faculté de médecine ni à la bibliothèque nationale, nous ne pouvons signaler que son titre : Ablation du coccyx pour luxation irréductible.

OBSERVATION XIII, de TURNER.

Rapportée par MALGAIGNE.

« Turner a pu s'assurer à l'examen extérieur que le coccyx était enfoncé du côté du rectum. Par le toucher rectal, il rencontra directement le coccyx qui faisait obstacle. Turner opéra la réduction assez facilement en repoussant fortement le coccyx en arrière avec l'index introduit dans le rectum. Dès que le doigt fut retiré, la malade put rendre une selle copieuse ; mais le lendemain il retrouva le coccyx porté en avant, et pour le maintenir, il fut obligé d'introduire dans le rectum un morceau de liège convenablement taillé.

Cette sorte de pessaire ne fut pas supportée de telle sorte que la femme, pour aller à la selle, était obligée de faciliter avec son propre doigt le passage des matières et plusieurs années après, le coccyx conservait encore la même mobilité.

CONCLUSIONS

I. — Les accidents liés aux déplacements du coccyx consécutifs aux fractures et aux luxations anciennes de cet os sont assez rares et sont dus à la difficulté d'immobiliser en bonne position les os fracturés ou luxés.

II. — Ils consistent en des douleurs qu'exaspèrent les contractions soit directes, soit indirectes, des muscles du bassin et du périnée.

III. — En tant qu'affection douloureuse, ils comportent un pronostic assez sévère ; mais, en considération des résultats procurés par l'intervention chirurgicale, ils doivent être considérés comme bénins.

IV. — Le diagnostic assez facile à porter ne peut être assuré que par l'exploration rectale.

V. — Le traitement médical ne peut être considéré que comme palliatif de la douleur. Seul le traitement chirurgical est curatif et consiste dans l'ablation totale ou partielle du coccyx.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TILLAUX.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BROCA. — *Tribune médicale*. Paris, 1879, xii, 112-114.
- DECHAMBRE. — *Dictionnaire encyclop. des sciences médicales*.
Art. Coccygodynie.
- EARLEY. — *Medical Bulletin Philadelphia*, 1893, xv, 138.
- GEHRUNG. — *Courrier médical*, Saint-Louis, 188, xx, 544.
- HAMILTON. — *Traité pratique des fractures et des luxations*.
- HIRST. — *Annal. J. Obstetrics*. New-York, 1897, xxxv, 794.
- LILL. — *Medical News*. New-York, 1897, lxx, 332.
- LUCY. — *The Lancett*. London, 1892, ii, 1046.
- MALGAIGNE. — *Traité des fractures et des luxations*.
— *Journal de chirurgie*, 1846.
- MURSICK. — *American Journal of sc. medical*, janvier 1876,
122.
- OUEL W. — *The Lancett*, London, 1887, 1088.
- OLLIER. — *Traité des résections*, t. iii.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*.
- TILLAUX. — *Le Praticien*. Paris, 1885, viii, 293.
- WALTHERLH. — In *Traité de Chirurgie* Duplay et Reclus,
t. vii.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
